

**PROGRAMA DE SERVICIOS PARA PERSONAS QUE RENUNCIAN A LA ATENCIÓN A LARGO PLAZO
(LONG TERM CARE WAIVER PROGRAM)**

AVISO DE ACCIÓN

Nombre del cliente _____ Número de identificación de Medicaid _____

Dirección _____ Fecha de nacimiento _____

ESTE AVISO ES CON RELACIÓN A LOS SIGUIENTES PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

- Programa de Asistencia Extensiva para Niños (HCBS-CES)
- Programa de Habilitación Residencial para los Niños (HCBS-CHRP)
- Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad para los Niños - (CHCBS)
- Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad para Personas con Lesiones Cerebrales (HCBS-BI)
- Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad para los Niños con Autismo (HCBS-CWA)
- Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad para las Enfermedades Mentales (HCBS-MI)
- Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad para las Personas que Viven con SIDA (HCBS-PLWA)
- Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad para las Personas con Deficiencias de Desarrollo (HCBS-DD)
- Programa de Servicios en el Hogar y en la Comunidad para los Ancianos, los Ciegos y los Discapacitados (HCBS-EBD)
- Servicios de apoyo para facilitar la vida (HCBS-SLS)
- Programa de Hogares Sustitutos para Adultos (AFC)
- Programa de Asistencia Económica para recibir cuidado en el hogar (HCA)
- Programa de Cuidado Médico en el Hogar a Largo Plazo (LTHH)
- Programa de Cuidado Completo para los Ancianos- (PACE)
- Institución residencial para cuidado a largo plazo
- Programa de atención auxiliar en el que el cliente maneja el personal de asistencia (CDAS)
- Programa de cuidado para los ancianos en el que el cliente maneja el personal de asistencia (CDCE)
- Otro _____

(A) _____ Se ha determinado que su nivel de funcionamiento lo califica para participar en el programa mencionado anteriormente a partir del _____. Usted no comenzará a recibir esos servicios a menos y hasta que la solicitud de Medicaid haya sido procesada y aprobada por el Técnico de Mantenimiento de Ingresos del condado en que reside.

(B) _____ Se ha determinado que usted cumple con los requisitos necesarios para el programa de largo plazo indicado arriba y está siendo colocado(a) en la lista de espera con fecha efectiva del _____.

(C) _____ Los servicios se reducirán o se modificarán a partir del _____ porque

Los servicios que se disminuirán o se modificarán son _____

La(s) regla(s) aplicables son: (Cite el número específico de la regla) _____

(D) _____ Usted NO cumple con los requisitos necesarios para ser colocado(a) en la lista de espera o NO cumple con los requisitos necesarios para recibir los servicios a través de los programas mencionados arriba a partir del _____ porque:

- Usted no cumple con el nivel de funcionamiento necesario para recibir los servicios.
- Usted no cumple con los criterios de selección para el programa.
- Usted no estuvo de acuerdo en recibir los servicios o no ha recibido los servicios durante treinta (30) días.
- Usted se ha negado a programar una cita de evaluación dos veces dentro de un período de treinta (30) días consecutivos o no se ha presentado a tres citas de evaluación programadas en un período de treinta días consecutivos.
- No le podemos servir de manera segura bajo los límites de costo del programa de HCBS.
- Está hospitalizado(a) por treinta (30) días.
- No cumple con el puntaje mínimo necesario en su nivel de funcionamiento para participar en el programa HCA.
- No tiene una necesidad insatisfecha de los cuidados pagados por el programa de HCA.
- No cumple con los criterios que determinan la idoneidad del cuidado sustituto de los programas de AFC ni de ACF.
- Usted se negó a firmar el Historial, el Plan de Cuidados y/o los formularios de permiso para divulgar información u otros formularios requeridos para recibir los servicios.
- Otro: _____

La(s) regla(s) aplicables son: (Cite los números específicos de la regla) _____

Si no está de acuerdo con la acción propuesta descrita arriba, puede **apelar** ante el Estado y tener una audiencia con un Juez de Leyes Administrativas Estatales. Para continuar con los servicios que recibe actualmente deberá presentar una apelación a más tardar en la fecha de vigencia mencionada arriba. Debe tener en cuenta que el Estado de Colorado y la agencia de administración de casos designada puede buscar el cobro o reembolso del pago de todos los beneficios que usted recibió si pierde la apelación.

Usted debe **presentar** su solicitud para una audiencia ante:

LA OFICINA DE LOS TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS DEL ESTADO, 1525 SHERMAN STREET, 4TH FLOOR, DENVER, CO 80203 ANTES DEL DÍA _____ O PODRÍA PERDER SU DERECHO DE APELACIÓN Y/O SUS BENEFICIOS.

_____ Firma del Administrador del Caso	_____ Teléfono	_____ Firma del Supervisor	_____ Teléfono
_____ La Agencia de Administración de Casos		_____ Enviado por correo por	_____ Fecha

LA PRIMERA PÁGINA DE ESTE FORMULARIO LE NOTIFICA DE UNA ACCIÓN PROPUESTA POR LA AGENCIA DE ADMINISTRACIÓN DE CASOS. LA SIGUIENTE ES UNA EXPLICACIÓN DE SUS DERECHOS DE APELACIÓN.

APELACIÓN ESTATAL

Si no está de acuerdo con la acción que se propone en la primera página de este formulario y decide apelar ante el Estado, deberá **escribir** a la **Oficina de los Tribunales Administrativos del Estado, 1525 Sherman Street, 4th Floor, Denver, CO 80203. Su solicitud por escrito deberá ser recibida por la Oficina de los Tribunales Administrativos del Estado a más tardar en la fecha especificada en el Aviso de Acción.**

En la carta, señale su deseo de apelar la acción y explique sus razones. Puede obtener la ayuda de cualquier persona o entidad para completar el papeleo necesario, inclusive una agencia de ayuda legal.

Cuando la Oficina de los Tribunales Administrativos reciba su apelación, le enviará una carta explicándole la hora, el lugar y el procedimiento para la audiencia de apelación. Usted tiene el derecho a representarse a sí mismo(a), o a que un abogado, amigo, pariente o un vocero lo represente en la audiencia.

La agencia de administración de casos está obligada a entregarle una explicación completa de la acción propuesta. Usted o su representante autorizado(a) tienen el derecho a examinar los documentos que fueron considerados por la agencia de administración de casos para determinar esta acción propuesta.

DISCRIMINACIÓN

Si usted cree que han discriminado en contra suya debido a su raza, etnicidad, sexo, edad, religión, creencias políticas, país de origen o discapacidad, tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., 999 18th Street, Suite 417, Denver, CO 80202.

DECLARACIÓN DE SANCIONES

Si usted ha entregado una declaración o representación falsa intencionalmente, o ha utilizado otros métodos fraudulentos para obtener asistencia pública o médica a la cual no tiene derecho, puede ser enjuiciado por robo bajo la ley estatal o federal. Si usted es condenado por un tribunal por haber obtenido dicha asistencia fraudulentamente, puede quedar sujeto a una multa y a encarcelamiento por robo.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA CON UN JUEZ DE LEY ADMINISTRATIVA

No estoy de acuerdo con la decisión tomada por la agencia de administración de casos, de que mi nivel de funcionamiento no me califica para recibir los servicios disponibles cuando una persona decide no recibir atención médica a largo caso (*long term care waiver*), basándose en la razón indicada en el formulario de Aviso de Acción que se adjunta. Deseo que un Juez de Ley Administrativa reconsidere mi caso.

Por favor liste la(s) razón(es) de su apelación aquí:

Fecha

Nombre del Cliente

Número de Seguro Social

Firma del Cliente

Número de Identificación Estatal

Dirección

Ciudad y Estado

Código Postal

Código de Área y Teléfono

Representante (si aplica)

Código de Área y Teléfono

Nombre impreso de la Agencia de Administración de Casos

La Oficina de Tribunales Administrativos deberá recibir esta solicitud escrita antes del _____

Fecha

Envíe por correo este formulario completo a:

State Office of Administrative Courts
(Oficina Estatal de Tribunales Administrativos)
1525 Sherman Street, 4th Floor
Denver, CO 80203